

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

Année 1974

N° 128

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

NURBEL Mathilde, Marie-Michelle, épouse LESEL

Née le 13 Mars 1942, à la Rivière (Réunion).

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE QUATRE NOUVEAUX CAS
DE DÉGÉNÉRESCENCE SUR LICHEN PLAN BUCCAL

Président : Mr. P. PIALOUX, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1974

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

Année 1974

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

NURBEL Mathilde, Marie-Michelle, épouse LESEL

Née le 13 Mars 1942, à la Rivière (Réunion).

Présentée et soutenue publiquement le

**A PROPOS DE QUATRE NOUVEAUX CAS
DE DÉGÉNÉRESCENCE SUR LICHEN PLAN BUCCAL**

Président : Mr. P. PIALOUX, Professeur.

**DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)**

1974

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

Année 1971

THÈSE

pour la

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

MURIEL MARTELLE, Mariée-Michèle, épouse LESTI

Née le 13 Mars 1944 à la Roche (Vendée)

Présentée et soutenue le



A PROPOS DE QUATRE NOUVEAUX CAS

DE GLAUCOME SUR LIGNE BLANCHE

Président : M. J. PIALOUX, Professeur

DUPLICATE - COPY

à l'Université

PARIS (6)

1971

A MON EPOUX

A MA FILLE LAURENCE

A MES PARENTS,

qui furent, à chaque moment
de leur vie, un exemple de
courage et de dévouement.

Qu'ils trouvent ici l'expres-
sion de ma profonde grati-
tude.

A MES SOEURS, A MON FRERE,

qui m'ont aidée tout au
long de mes études.

A MES BEAUX-FRERES,

A MES BEAUX-PARENTS,



A Monsieur le Professeur P. PIALOUX,

qui m'a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse.

Qu'il en soit ici remer-
cié.

A. Monsieur Paul PONCET,

qui a été l'inspirateur
de cette thèse, qui m'a
guidée, m'a aidée lors
de sa réalisation.

Qu'il trouve ici le témoi-
gnage de ma reconnais-
sance.

A tous les Médecins

de la FONDATION CURIE

qui ont contribué au bon
déroulement de cette
thèse.

A Madame DENFER,

en la remerciant de
l'accueil qu'elle m'a
réservé.

A TOUS MES MAÎTRES

des Hôpitaux et de la Faculté de Médecine

A TOUS MES AMIS,

et plus particulièrement à :

- Bernard MARIN,
- Dominique et André LOICHEMOL,
- Frédérique et Gérard KLEPPER,
- Suzanne et Serge THOMAS,
- Gérard DOGUE⁹,
- Fabienne et Charles LAPIQUONNE.

A PROPOS DE QUATRE NOUVEAUX CAS
DE DEGENERESCENCE SUR LICHEN PLAN BUCCAL

I N T R O D U C T I O N

Le lichen plan est une affection cutanéomuqueuse assez fréquemment rencontrée. Cette affection a intéressé en premier lieu les dermatologistes et stomatologistes. De nombreux travaux lui ont été consacrés depuis E. WILSON, en 1867.

Ces travaux ont surtout précisé les formes cliniques. De nombreuses théories étio-pathogéniques ont été proposées : théorie infectieuse, toxique, nerveuse. La notion de terrain a également été retenue. Mais aucune de ces théories n'a pu être reconnue comme tout à fait satisfaisante.

Le problème pronostique paraissait résolu.

On admettait que le lichen plan, contrairement à la leucoplasie, était une affection qui, selon l'opinion des classiques, était et restait bénigne.

Les nombreuses communications faites ces dernières années montrent que l'opposition faite par DARIER entre leucoplasie état précancéreux et lichen plan affection bénigne n'est pas absolue. Il existe des lichens plans qui dégénèrent.

Nous allons rapporter quatre observations de dégénérescence sur lichen plan buccal qui s'ajouteront aux cas publiés.

Auparavant, nous ferons un rappel des principaux aspects cliniques et histologiques du lichen plan buccal, dont les localisations les plus fréquentes sont la joue et la langue.

ETUDE CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE DU LICHEN PLAN BUCCAL

A) - SYMPTOMATOLOGIE

Le lichen plan buccal est une maladie de l'âge adulte, l'âge des malades se situant entre 40 et 70 ans.

La symptomatologie est le plus souvent discrète. Dans la forme habituelle, absence de signes fonctionnels et la lésion est presque toujours ignorée du malade.

Le début progressif, annoncé par des signes subjectifs, à type de picotements, brûlures, rarement des formes névralgiques avec douleurs à la mastication, sensation de bouche sèche.

L'état général n'est pas modifié au cours du lichen ; parfois, on note, chez les malades anxieux, des manifestations d'ordre neuro-psychique (tendances dépressives, irritabilité).

Les deux sexes sont frappés de façon à peu près égale. Dans une récente étude du Pr. CERNEA, portant sur 40 observations, la proportion était de 21 hommes et 19 femmes.

Le lichen peut atteindre n'importe quel point de la muqueuse buccale ; cependant, les deux localisations les plus fréquentes sont la face interne des joues et la langue. Les lésions

sont presque toujours symétriques.

La fréquence des diverses localisations buccales, d'après les statistiques de HUYNH VAN CHAN portant sur 85 observations, est la suivante :

- Joues et replis de la joue	78,	soit 91,7 %
- Langue	38,	" 44,7 %
- Gencive	10,	" 11,7 %
- Palais	6,	" 7 %
- Lèvres	3,	" 3,5 %
- Plancher	1,	" 1,1 %

B) - ANATOMO-PATHOLOGIE

ASPECT MACROSCOPIQUE DU LICHEN

L'aspect des lésions est très polymorphe et à une localisation donnée correspond un type de lésions.

I- Sur la face interne des joues.

Le lichen plan siège en regard des dernières molaires inférieures ; il peut être uni ou bilatéral. Le lichen se présente, au niveau de la muqueuse buccale, sous l'aspect de petits points blanchâtres reposant sur une muqueuse qui paraît normale.

Différents types peuvent être réalisés, qui d'ailleurs coexistent souvent :

- La forme en réseau :

Réalise l'aspect le plus fréquent. Il s'agit d'un véritable lacs de lignes blanches. Les stries sont très fines, de quelques dixièmes de millimètre de large, sur trois à dix centimètres de long, et reposant sur une muqueuse qui paraît tout

à fait saine et souple. Ces stries s'entrecroissent en formant un réseau, donnant un aspect en toile d'araignée, en lambeau de dentelle.

- La forme pointillée :

Cette forme est rare. Il s'agit de petites punctuations blanches, de forme grossièrement arrondie, surélevées.

Nous pouvons citer également :

- La forme dendritique, en "feuille de fougère", type relativement fréquent.

- La forme en anneau, forme assez rare.

"Il est caractérisé par une ligne blanchâtre, portant en certains points de petits renflements et figurant dans son ensemble un ovale de 7 à 8 mm de long sur 3 à 4 mm de large. Le centre de la circination paraît sain." (BROcq)

II- Au niveau de la langue.

Plusieurs aspects sont réalisés. Parmi les formes habituelles, nous pouvons citer :

= Le lichen en nappe :

Il se manifeste sous forme de plaques ou de traînées plus ou moins étendues d'un blanc mat.

= Le lichen "en feuilles de fougères" :

Sur la face dorsale de la langue, la présence de papille rend souvent la découverte de cette forme difficile.

= Le lichen carrelé :

C'est l'aspect en damiers. Les stries blanches du lichen, remplissant des carreaux de forme polygonale, semblent rayonner à partir d'une papille centrale généralement hypertrophiée.

= Lichen en pain à cacheter :

Plaques limitées, d'un blanc mat.

= Des formes spéciales à la langue : on peut citer :

- Lichen en pointillé ou lichen papillaire,
- Lichen dépapillant,
- Lichen nummulaire.

= Pour les formes chroniques, on remarque plus de variantes atrophiées.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE

Au point de vue histologique, un point est fondamental : l'apparition d'une couche cornée, élément nouveau pour la muqueuse.

La lésion du lichen se situe :

- dans l'EPIDERME qui subit une KERATINISATION ;
- et dans le DERME où les papilles sont élargies en coupole.

= Au niveau de l'épiderme :

Apparaît une couche cornée, élément nouveau pour la muqueuse. Au-dessous de cette couche, apparaît par endroit une hypergranulose. Quelques cellules de cette couche contiennent des grains d'éleidine.

"Pour CIVATTE, c'est l'éléidine contenue dans l'endoplasme des cellules de cette couche qui ferait apparaître l'aspect blanchâtre des éléments muqueux".

Le corps muqueux de Malpighi est habituellement augmenté.

L'assise basale est détruite par l'infiltrat lichénien.

= Au niveau du derme :

Les perturbations portent sur les papilles qui sont dilatées.

Dans la moitié des cas environ, DECHAUME et PAYEN trouvent des modifications vasculaires et nerveuses.

C)- ETIO-PATHOGENIE

Du point de vue étio-pathogénique, de nombreuses théories ont été évoquées, mais aucune n'est totalement satisfaisante.

= La théorie infectieuse fut soutenue par de nombreux auteurs :

- la tuberculose (MILIAN, en 1933) ;
- la syphilis (GOUIN) ;
- l'allergie mycosique (JAUSION) ;
- un germe spécifique du lichen plan ;
- un virus.

= Les théories : humorale, diathésique, enzymatique, hormonale :

font du lichen plan une dyskératose congé-

nitale ou acquise, qui ne serait autre qu'une réaction cutanée ou muqueuse à certaines toxines alimentaires ou gastro-intestinales.

= Etiologie toxique (pour les lichens secondaires).

Peu après les traitements par les sels d'or, d'arsenic et, de façon plus récente, après les cures de streptomycine, d'isoniazide et d'antipaludéens de synthèse. Ce sont les lichens toxico-médicamenteux.

= Théorie nerveuse :

L'apparition du lichen chez les sujets agités, surmenés, insomniaques, et le rôle des émotions, des chocs moraux, sont des constatations fréquentes.

L'action favorable de diverses médications neuro-sédatives est connue.

Les facteurs émotionnels jouent un rôle favorisant susceptible de déclencher des poussées de la maladie.

= Notion de terrain :

La notion de terrain a été envisagée. En effet, la plupart des patients sont des sujets nerveux, inquiets, émotifs.

Les terrains sont variés : nerveux, névropathiques, diabétiques, hypertendus, tuberculeux, ou présentant des troubles vago-sympathiques, qui ont comme point commun d'être un terrain plus ou moins déficient et qui a la faculté de répondre aux diverses incitations par l'apparition du lichen plan.

= Causes loco-régionales :

Les causes loco-régionales apparaissent comme des facteurs d'irritation temporaire ou permanente d'importance non négligeable dans la genèse du lichen plan buccal.

Parmi ces causes, nous retiendrons :

- le mauvais état de la denture : caries ou couronnes mal ajustées,
- les prothèses,
- l'électro-galvanisme,
- l'alcool, le tabac, les épices.

D)- EVOLUTION.

L'évolution du lichen plan buccal est lente.

Dans la majorité des cas, la maladie dure des années et il n'est pas exceptionnel de rencontrer des cas évoluant depuis plus de 20 ans.

L'évolution est marquée par des poussées lentes avec accentuation, ou extension en surface qui s'accompagnent d'une recrudescence des signes fonctionnels, suivie de phases d'atténuation.

Dans la grande majorité des cas, le lichen plan de la muqueuse buccale est une maladie bénigne pour laquelle une guérison rapide est possible.

Des complications exceptionnelles peuvent survenir, telles hémorragies, nécroses, surinfection, complications psychiques beaucoup plus graves. La maladie survenant avec prédilection sur un terrain anxieux, la persistance du lichen favorise le développement de cancérophobie, de fixation obsessionnelle, sur un organe où les lésions sont faciles à découvrir par le malade.

On sait maintenant que le lichen plan peut dégénérer, ce qui représente, bien entendu, la complication la plus grave.

L'épithélioma spino-cellulaire est la complication majeure du lichen plan buccal, surtout chez les patients relativement âgés.

La transformation maligne s'effectue toujours au niveau de l'épiderme et non du derme.

La fréquence de la dégénérescence maligne au cours du lichen plan est diversement estimée par les auteurs. D'après le tableau publié par le Pr. CERNEA, la fréquence se présente ainsi :

AUTEURS	NOMBRE DE CAS DE LICHEN PLAN	EPITHELIOMAS SUR LICHEN PLAN Nombre Proportion
ANDREASEN	115 (muqueuse buccale)	0 (Quelques anomalies histologiques insuffisantes pour poser le Dg)
DE PAOLI	150 (peau seule, muqueuses seules, peau et muqueuses)	2 (1 cancer cutané et 1 cancer buccal)
ALTMAN et PERRY	128 (muqueuse buccale)	1 0,8 %
HERRMANN	60 (" ")	1 1,60 %
SUGAR et BANOCZY	36 (" ")	1 3 %
ROHDE	585 (dont 207 lichens buccaux)	9 (dont 6 cancers buccaux 30 % 2 cancers génitaux 1 cancer cutané) 5 %
MONTGOMERY et CULVER	20 (muqueuse buccale)	1
GRINSPAN et coll.	114 (" ")	8 7 %
WAKIN	53 (" ")	4 7,5 %
WILLIGER	20 (" ")	2 10 %
DECHAUME, PAYER, PIRIOU	50 (" ")	5 10 %

1)- Quels sont les lichens plans qui dégénèrent ?

Le cancer ne survient pas sur n'importe quel type de lichen, mais sur des formes particulières.

Beaucoup de cas sont méconnus. Lorsque la tumeur est évidente, elle a le plus souvent détruit le placard lichénien sur lequel elle a pris naissance.

La transformation maligne ne se produit pas dans n'importe quelle forme de lichen, mais dans des formes cliniques particulières (SCHETTLER et KOBERG).

L'épithélioma sur lichen plan buccal n'apparaît jamais sur un lichen plan classique de type quiescent, ou d'apparition récente, mais toujours sur un lichen ancien, évoluant depuis plusieurs années, exceptionnellement depuis un an ou deux.

Il s'agit toujours d'un lichen atypique, le plus souvent de type érosif, érythémateux, atrophique, ou en nappe kératosique avec verrucosités et plaques atrophiques.

L'épithélioma apparaît dans les deux sexes sur les zones de prédilection du lichen : d'abord, les joues, puis la langue, les gencives, les lèvres, le palais, plus rarement le plancher buccal. Il y a souvent plusieurs foyers simultanés ou successifs.

On retrouve parfois la notion d'irritation dentaire ou prothétique (carie, couronne mal ajustée) ou de tabagisme.

L'élément que l'on retrouve dans tout lichen plan cancérisé est l'atrophie de la muqueuse.

2) - Aspect clinique de l'épithélioma.

L'épithélioma en surface, d'apparition récente sur lichen plan buccal, a presque toujours un aspect très caractéristique qui permet de faire le diagnostic de cancérisation du lichen du premier coup d'oeil.

GRINSPAN et coll. signalent l'aspect clinique particulier de cet épithélioma survenant sur un lichen, spécialement celui de la muqueuse jugale : "C'est une lésion finement végétante d'aspect ardoisé, c'est-à-dire constituée par des petits éléments séparés par des sillons de couleur blanc-châtre leuco-kératosiques dans ses parties les plus proéminentes".

- "Il s'agit d'un placard érythémateux plus ou moins irrégulier, mais habituellement assez bien limité, semé d'une ponctuation blanc-grisâtre adhérente et fine, très légèrement proéminente et très serrée". (Pr. CERNEA)

Au point de vue symptomatique, cette lésion s'accompagne d'une recrudescence des signes fonctionnels. La palpation de la muqueuse est douloureuse.

Histologiquement :

L'aspect ponctué très serré correspond à d'énormes bourgeons épithéliaux néoformés, épais et plus ou moins ramifiés.

L'architecture de l'épithélium est bouleversée.

Les cellules épithéliales sont de taille irrégulière, présentent des anomalies nucléaires et parfois des monstruosité.

L'assise basale est fréquemment bourgeon-

nante et l'on rencontre souvent à ce niveau des amas constitués de petites cellules très basophiles, tassées les unes contre les autres.

A la périphérie, les lésions se raccordent assez brusquement avec des lésions de lichen plan, toujours de type plus ou moins atrophique.

OBSERVATIONS

Nous rapportons quatre observations de dégénérescence intéressant quatre patients suivis à la Fondation Curie.:

- Observation 1 : Bord droit de langue.
- Observation 2 : Face interne de joue droite.
- Observation 3 : Face interne de joue droite.
- Observation 4 : Face interne de joue gauche.

°
° °

PREMIERE OBSERVATION

Mr. C. A., 41 ans, est adressé au Dr. PONCET par son médecin traitant, le 26 Novembre 1971, pour une ulcération siégeant au tiers moyen du bord latéral droit de la langue.

Le malade a découvert, sur le bord droit de sa langue, une petite ulcération rougeâtre, il y a environ trois mois.

Un B.W., ainsi qu'un examen électromicroscopique de la langue ont été faits (négatifs tous les deux).

La biopsie N° B-2811, examinée par le Dr. BROCHERIOU le 17 Novembre 1971, donne les résultats suivants :

"Ce prélèvement biopsique est massivement occupé par une prolifération tumorale maligne partiellement ulcérée en surface et qui s'infiltré très largement en profondeur, dissociant les faisceaux musculaires de la langue.

"Cette tumeur est faite de lobules et de travées de cellules épidermoïdes bien différenciés présentant des anomalies cyto-nucléaires, quelques mitoses et, en certains points, une nette maturation kératosique.

"Il s'y associe un stroma inflammatoire.

"Enfin, il est à noter, qu'au voisinage de l'ulcération, l'épithélium malpighien est épaissi, présentant une légère kératose de surface, une hypergranulose et quelques éléments inflammatoires dans le chorion sous-jacent, ce qui est compatible avec le diagnostic de lichen préexistant.

"Il s'agit d'un carcinome épidermoïde diffé-

rencié largement infiltrant de la langue (pouvant s'être développé sur des lésions de lichen)."

Le malade est alors adressé à la Fondation Curie, où il est vu par le Docteur PONCET, le 26 Novembre 1971.

A l'examen endo-buccal, on est frappé d'emblée par l'existence d'une ulcération siégeant au tiers moyen du bord latéral droit de la langue, en regard d'une première molaire couronnée.

Il s'agit d'une ulcération anfractueuse, blanchâtre, douloureuse, d'aspect très nécrotique, ayant 25 mm d'avant en arrière, 15 mm verticalement, 10 mm d'infiltration. Elle reste distante d'environ 2 cm du pied du pilier antérieur.

Ces lésions reposent sur une base indurée qui ne dépasse guère ses limites.

Il existe, en avant des piliers latéraux, une plaque blanche, quadrillée, souple à la palpation, caractéristique de lichen.

La palpation des aires ganglionnaires du cou ne montre pas d'adénopathies.

L'état général du malade est bien conservé. La radio pulmonaire ne montre pas de lésions évolutives visibles. Le bilan biologique est normal. Il existe une imprégnation éthylique importante. Le médecin signale des troubles caractériels : il s'agit d'un malade assez indocile, quelque peu alcoolique, et au caractère instable.

Le malade est confié pour radiumpuncture au Dr. DULAC après les extractions dentaires nécessaires.

La radiumpuncture est pratiquée par le Dr. CUZIN, le 13 Décembre 1971.

- 4 aiguilles de 40,5 mm ; 1,60 mg Ra.
Filtre 0,5 mm ; pt.
- 4 aiguilles de 35 mm ; 1,33 mg Ra
Filtre 0,5 mm ; pt.
Rd. DH : 0,088 mcd.
- Un plan marginal formé de 4 aiguilles de 40 verticales.
- Un plan plus profond formé de 3 aiguilles de 35, verticales.
- 1 aiguille de 35 horizontale pour fermer en haut.

L'aiguille de fermeture doit être enlevée le 17 Décembre 1971, les aiguilles restantes le 21 Décembre.

La dose donnée en 8 jours est de 15,936 mCd
2 119 , 488 mg ; H.

Le malade est très difficile ; le traitement a failli être interrompu à deux reprises en raison de l'excitation du malade.

Le 4 Février 1972 : le Dr. P. PONCET pratique un évidement ganglionnaire carotido-sous-maxillaire droit et sous-maxillaire gauche, sous anesthésie générale, avec intubation.

- C.R.O. :

1°)- Evidement ganglionnaire carotido-sous-maxillaire droit complet avec résection du sterno-cléido-mastoïdien et de la jugulaire interne et conservation du spinal et du rameau mentonnier.

2°)- Evidement sous-maxillaire gauche.

Il n'existe pas de ganglions macroscopiquement envahis.

L'examen histologique (N° 180.554), pratiqué par le Dr. F. VEITH, donne les résultats suivants :

AD : Ganglion jugulaire inférieur droit.
5 petits ganglions indemnes.

BD : Ganglion jugulaire moyen droit ; un moyen ganglion indemne.

CD : Ganglion jugulaire supérieur droit, un ganglion moyen partiellement envahi par un épithélioma épidermoïde, un petit ganglion indemne.

D : Ganglion sous-maxillaire droit, un petit ganglion indemne.

E : Ganglion spinal droit, un petit ganglion indemne.

Ab : Ganglion sous-maxillaire. Deux moyens ganglions et 5 petits ganglions tous indemnes.

Dans les suites de l'évidement, on discute de l'indication d'une cobaltothérapie complémentaire ; mais le caractère limité de l'envahissement, un seul ganglion partiellement envahi, fait que l'on y renonce.

Dans les semaines qui suivent, on note la persistance d'un aspect irrégulier, leucoplasique au niveau de la zone puncturée que l'on se contente de surveiller.

En Juin 1972, la zone dysplasique s'étend, et il apparaît une petite ulcération.

Le 5 Juin, on note les éléments suivants :

1°)- une petite ulcération à fond blanchâtre située à la partie postéro-inférieure de la

zone puncturée, ulcération qui est indurée à la palpation et mesure environ 8 mm de diamètre.

2°)- De plus, en arrière et au-dessus de la lésion, zone dysplasique blanchâtre sans dureté particulière, mais peut-être cependant un peu ferme.

-Les deux lésions sont excisées le 20 Juin 1972, sous anesthésie locale.

L'examen histologique, pratiqué par le Dr. LAURENT, apporte les renseignements suivants (N° 183.529) :

A : "L'ulcération inférieure correspond à un petit épithélioma épidermoïde, infiltrant, bien différencié en activité.

B : Il s'agit effectivement d'une zone leucoplasique accompagnée de phénomènes inflammatoires et demeurant dans les limites cytologiques de la bénignité."

La lésion néoplasique ayant été largement enlevée par électrocoagulation, on se contente d'une surveillance.

Dix jours plus tard, on note l'existence d'une ulcération d'allure nécrotique correspondant à l'exérèse du petit nodule inférieur de récidue. Les bords de cette ulcération sont un peu fermes.

Le 10 Juillet 1972, 20 jours après l'électrocoagulation, l'amélioration locale est nette. L'exulcération antérieure et inférieure est beaucoup plus souple. Seul le bord inférieur est un peu ferme.

Deux mois plus tard, l'ulcération correspondant à l'exérèse de la lésion persiste. De plus, au-dessus de cette zone, aspect rouge, piqueté de points blancs, ne saignant pas à la palpation, mais

suspect de la langue. Une puncture de complément est très probablement nécessaire.

Le malade est montré au Dr. DULAC, qui répond, le 8 Septembre 1972 :

"La puncture est techniquement possible, mais les risques de nécrose sont sérieux et le psychisme du malade compliquera les suites du radium.

"Du point de vue résultat, il semble qu'une hémiglossectomie amputant un peu sur la pente pharyngée droite serait préférable."

La première puncture a été très pénible pour le malade comme pour les infirmières.

Avant toute décision thérapeutique, on refait un prélèvement pour avoir la certitude qu'il s'agit bien d'une non stérilisation.

Le 12 Septembre 1972 : L'examen histologique N° 185.064, examiné par le Dr. LAURENT, met en évidence une sclérose avec modifications dystrophiques de la muqueuse sans prolifération tumorale visible.

Le 15 Septembre 1972, on note que la zone biopsiée a cicatrisé parfaitement, l'ulcération inférieure persiste.

Avant de proposer un autre geste thérapeutique, on se contentera d'une surveillance.

Jusqu'au 12 Mars 1973, l'impression est favorable ; le patient ne présente aucun signe fonctionnel, s'alimente normalement ; persiste cependant une ulcération inférieure avec une certaine induration du bord antérieur.

Le 9 Avril 1973, le patient revient, car il a constaté une augmentation de l'ulcération et une reprise des douleurs depuis une quinzaine de jours.

Effectivement, dans la zone suspecte existe une vaste ulcération à fond nécrotique d'environ 3 cm sur 2 cm. Les bords de cette ulcération sont très indurés.

La biopsie N° 189.591 du bord postérieur de l'ulcération examinée par le Dr. M. LAURENT apporte les précisions suivantes :

"Le prélèvement a intéressé une ulcération linguale dont le fond extrêmement scléreux renferme quelques formations épithéliomateuses appartenant à un épithélioma épidermoïde."

Le 15 Avril 1973, le malade est hospitalisé d'urgence pour une hémorragie assez importante ayant duré 1 heure environ.

A l'examen endobuccal, on note une ulcération très importante, reposant sur une infiltration qui dépasse certainement la ligne médiane.

La ligature de la carotide externe droite est à faire systématiquement dans les jours qui suivent.

Le problème d'une exérèse de la lésion avec électrocoagulation sous couvert de la trachéotomie reste posé, étant donné le jeune âge du malade.

Le 17 Avril 1973, chirurgie : Dr. BARRAT.

C.R.O. :

Récidive d'épithélioma lingual traité par curiethérapie et évidemment cervical droit.

Ligature de la carotide externe droite pour hémorragie récidivante.

Reprise partielle de la cicatrice cervicale. Découverte du bulbe carotidien et dissection de la carotide externe relativement aisée que l'on lie à 1 cm de son origine, juste après la naissance de la thyroïdienne supérieure ; double ligature du

point I ; suture cutanée à la soie.

Le 24 Avril 1973 : Hémiglossectomie.

C.R.O. :

Trachéotomie verticale sous-isthmique à l'anesthésie locale.

Anesthésie générale avec intubation.

On fait l'exérèse, au bistouri électrique et au ciseau, de la très importante masse linguale occupant les trois-quarts postérieurs du bord gauche de la partie adjacente du plancher, et s'étendant en profondeur pratiquement jusqu'à la ligne médiane.

Vaste électrocoagulation de la surface cruentée.

La pointe de la langue paraissant mal vascularisée, on préfère la réséquer d'emblée plutôt que de courir le risque d'une nécrose.

Mise en place d'une sonde naso-oesophagienne.

Le 30 Avril 1973 : Examen histologique
N° 189.827 (Dr. M. LAURENT) :

"Cette récidue linguale se présente comme une ulcération de 20 mm de diamètre environ, correspondant à un épithélioma épidermoïde bien différencié, en activité, et très infiltrant, le muscle lingual étant profondément envahi.

"Les recoupes faites en périphérie de la pièce d'exérèse passent en territoire sain."

Le 3 Mai 1973, un examen fibroscopique est demandé, le malade ayant fait une hématomèse dans la nuit du 2 au 3 Mai.

Fibroscopie Olympus GIFD : Dr. HOLLEK.

" - Muqueuse oesophagienne subnormale jusqu'à 22 cm des arcades dentaires. La muqueuse gastrique remonte jusqu'à ce niveau et il existe un endo-brachy-oesophage.

Dans le canal oesophagien recouvert de muqueuse gastrique existent plusieurs ulcérations :

- . une allongée, assez haute, verticale, de 3 cm de diamètre environ, pratiquement pas creusante et de niveau avec la muqueuse avoisinante ;

- . une autre arrondie, également peu creusante, sous-jacente.

- Il existe une hernie hiatale modérée. Au pôle supérieur de cette hernie hiatale existe une ulcération assez creusante, blanchâtre, ovulaire, entourée d'une muqueuse un petit peu plus large que la normale.

- Le corps gastrique ne contient ni sang, ni caillot. Ogive, antrum, bulbe, premier duodénum sont normaux ; corps gastrique normal au niveau de ses faces et de ses courbures.

Conclusion : Hernie hiatale, endo-brachy-oesophage, ulcères multiples oesophagiens, mais en muqueuse gastrique."

Le 9 Mai 1973 : Examen histologique N°189995.
(Dr. M. LAURENT) :

"Les fragments reçus correspondent, les uns à de la muqueuse gastrique remaniée par d'importants phénomènes inflammatoires, les autres à de la musculature dissociée par de la sclérose et recouverte par un enduit fibrino-nécrotique. Les aspects observés sont en faveur d'un ulcère en poussée évolutive récente. Il n'a pas été vu de prolifération tumorale suspecte."

Le 11 Mai, ablation de la canule ; le 14

Mai, ablation de la sonde.

Le 28 Mai 1973, à l'examen endobuccal, on note une cicatrisation complète de la lésion linguale, l'existence d'une paralysie récurrentielle droite.

Le 7 Juin 1973, le Dr. LIGUORY pratique un contrôle fibroscopique :

Fibroscopie Olympus GIFD : L'oesophage est normal jusqu'au cardia. Le cardia est situé entre 35 et 40 cm de l'arcade dentaire supérieure. On note une ulcération qui siège sur la face antérieure de la partie basse de l'oesophage (en fait, il s'agit d'une muqueuse gastrique). Cette ulcération est linéaire, mesurant 4 cm de hauteur sur quelques millimètres de large, peu creusante, à fond blanchâtre.

L'estomac est normal jusqu'au pylore.

Le duodénum est normal jusqu'à la partie basse du D2."

Le 25 Juin 1973, le Dr. PONCET note un très bon état de la langue qui est réduite à un moignon gênant considérablement la mastication, mais relativement peu la parole.

L'état apparent est bon jusqu'au 23 Novembre 1973, date à laquelle le malade revient parce qu'il souffre de la gorge et de la langue.

A l'examen, on note : un bon état de la zone de résection linguale, mais il existe deux nodules sous-cutanés, très douloureux à la partie haute de la cicatrice d'évidement droit.

D'autre part, un gros ganglion jugulo-carotidien moyen gauche, peu mobile sur les plans profonds.

Le 7 Décembre 1973 : Examen cytologique :
Dr. A. ZAJDELA (N° 53.113) :

A = Nodule cervical droit.

B = Ganglion jugulo-carotidien gauche.

A : Plages de sérosité contenant quelques cellules fusiformes d'origine conjonctive.

Absence de cellules tumorales.

Frottis peu significatif.

B : Frottis très fortement nécrotique et inflammatoire contenant quelques cellules tumorales provenant d'un épithélioma épidermoïde.

Les décisions thérapeutiques sont les suivantes :

- Evidement jugulo-carotidien gauche.

- Irradiation reprise très rapidement après prélèvement de contrôle au niveau du petit nodule dur de la langue.

- La radiographie du thorax ne montre pas de lésion évolutive.

Le 24 Décembre 1973 : Chirurgie : Dr. PONCET.

C.R.O. :

Evidement jugulo-carotidien gauche.

Anesthésie générale avec intubation.

Incision verticale allant du tiers antérieur de la clavicule à la pointe de la mastoïde.

Section basse du S.C.M..

La région est très scléreuse et on a beaucoup de difficultés à retrouver la jugulaire interne qui se présente comme un vaisseau blanchâtre et épaissi, évoquant une artère, mais ne battant pas.

La jugulaire est liée en bas par deux fils ordinaires et un fil transfixiant.

On relève ensuite les deux berges cutanées et on dégage le bord antérieur de l'évidement en

allant jusqu'au tiers postérieur de la grande corne hyoïdienne.

On dégage le digastrique. On sectionne le S.C.M. en haut. Ensuite, on repère le plan des muscles profonds et on dégage le bord postérieur de la pièce.

On dissèque ensuite de bas en haut, comme à l'ordinaire. On s'aperçoit très rapidement que le pneumogastrique passe dans la masse et qu'il doit être sectionné.

Ceci fait, la masse se dégage facilement du plan carotidien.

Le canal thoracique est à nu et suinte abondamment. On fait la ligature aux fils de lin.

Cette ligature faite, il persiste un suintement multiple correspondant à plusieurs gros troncs lymphatiques que l'on lie l'un après l'autre.

Suture cutanée aux agrafes après mise en place d'un drain de Redon.

Le 25 Décembre 1973, trachéotomie d'urgence sous anesthésie locale par incision transversale : Dr. RIOUX.

Résultats histologiques : Dr. M. LAURENT (N° 194.620).

A- Jugulaire interne.

Un volumineux ganglion de 10 mm de diamètre en hyperplasie lymphoïde et dépourvu de métastase épithéliomateuse.

B- Masse principale.

Volumineux ganglion excavé de 50 mm de diamètre, complètement envahi par la métastase d'un épithélioma épidermoïde bien différencié et

kératinisant. La métastase dépasse la capsule et donne des extensions péri-nerveuses. Au contact de ce volumineux ganglion existent deux autres petits ganglions indemnes.

C- Spinal haut : 3 petits ganglions indemnes.

D- Spinal bas : un petit ganglion indemne.

Le 4 Janvier 1974 : début du traitement de radio-cobalt.

Le 18 Février 1974 : fin du traitement de radio-cobalt. Le malade est vu par le Dr. ENNUYER qui note :

- un assez bon état général ;
- aucune infiltration suspecte au niveau de la portion mobile de la langue ;
- aucune adénopathie cervicale suspecte.

Le malade arrive à absorber assez facilement les liquides et la sonde naso-oesophagienne pourrait être enlevée d'ici 2 ou 3 semaines.

DEUXIEME OBSERVATION

Monsieur C. G..., âgé de 80 ans, est adressé, le 5 Novembre 1971, à la Fondation Curie, par son médecin, pour une ulcération de la face interne de la joue droite.

Le malade a ressenti, il y a une quinzaine de jours, des douleurs au niveau de la joue droite, qu'il a attribuées à une origine dentaire. Le stomatologiste consulté a découvert à cette occasion une ulcération de la face interne de la joue droite.

D'autre part, le malade se connaît des plaques blanches dans la bouche depuis très longtemps.

A l'examen du malade à son arrivée, le Dr. P. PONCET note l'association de vastes lésions de lichen et d'une ulcération manifeste, néoplasique, de la face interne de la joue droite.

Il existe des lésions de lichen diffuses, bilatérales, intéressant essentiellement les deux faces internes des joues.

Du côté gauche, le lichen est pur : d'aspect blanchâtre, légèrement surélevé, un peu quadrillé, s'étend depuis la commissure intermaxillaire en arrière, jusqu'à la commissure labiale en avant sur pratiquement toute l'étendue de la joue.

Du côté droit, en pleine zone de lichen, existe une ulcération infiltrante de la moitié antérieure de la face inférieure de la joue droite.

La tumeur mesure au moins 4 cm de diamètre et a une épaisseur de 3 cm.

Les limites de la tumeur sont les suivantes :

- En avant : la tumeur atteint la commissure qui est envahie.
- En arrière : elle reste distante de 2,5 cm de la fossette rétro-molaire.
- En haut : elle ne reste distante que de 1,5 cm du vestibule supérieur.
- Vers le bas : la tumeur atteint le vestibule inférieur.

L'ulcération est particulièrement profonde et l'infiltration envahit toute l'épaisseur de la joue jusqu'à la surface cutanée qui est adhérente à la tumeur.

Les glandes sous-maxillaires sont développées, mais il n'existe pas d'adénopathies suspectes.

Après extraction des dents restantes, le malade est confié au Service du Dr. ENNUYER, pour irradiation par le Bétatron.

Le 7 Décembre 1971, début du traitement par le Bétatron. Durée du traitement : du 7 Décembre 1971 au 21 Janvier 1972.

Le 14 Décembre 1971 : Examen histologique N° 179.321, pratiqué par le Dr. COTON, qui apporte les éléments suivants :

- Face muqueuse joue droite : épithélioma épidermoïde différencié avec globes parakératosiques en cordons confluents. Le traitement a été complété par une cobaltothérapie.

- Face muqueuse droite : 7.650 rad sur le champ jugal droit.

- Région cervicale droite : R Co⁶⁰ : un champ de 6.000 rads.

Le 20 Janvier 1972 : Le malade est revu en fin de traitement. Le Dr. ENNUYER note :

- Excellent résultat.
- Desquamation sèche sur le champ d'irradiation.
- Epithéliiite exsudative étendue à la face muqueuse de la joue, au bord droit de la langue et à la base de la langue.
- Désinfiltration très satisfaisante de la tumeur.

La cicatrisation de la profonde ulcération paraît presque complète.

Il n'y a pas d'adénopathies sous-mentale ni sous-maxillaire suspectes

Deux mois plus tard, le 22 Mars 1972, le malade vient consulter pour de violentes douleurs buccales droites et un amaigrissement important de 14 kg, et une récurrence sous forme d'un nodule au voisinage immédiat de la commissure labiale droite.

Le Dr. ENNUYER note un état satisfaisant de la partie la plus reculée de la face muqueuse de la joue droite. Mais au voisinage de la commissure labiale, existe un nodule sous-muqueux de 2 cm.5 de diamètre, épais de 1,5 cm.

Les limites de l'infiltration sont les suivantes :

- En avant : L'infiltration s'étend sur 1 cm. au moins, en avant de la commissure labiale.
- Vers le haut : L'infiltration reste distante de 1,5 cm du fond du vestibule supérieur.
- Vers le bas : L'infiltration atteint le vestibule inférieur ; léger oedème sous-mental.
- Il n'existe pas d'adénopathie cervicale palpable.

Le malade a été adressé à un plasticien pour exérèse et réfection éventuelle de la joue. Ce patient est décédé le 5 Janvier 1973 (Etat civil).

TROISIEME OBSERVATION

M. C., âgé de 56 ans, est adressé au Dr. PONCET, à la Fondation Curie, pour une ulcération de la face interne de la joue (Le malade est suivi dans le Service du Dr. DEVIL, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour une artérite chronique).

Depuis quelques semaines, ce malade se plaignait d'une certaine gêne, au niveau de la face interne de la joue droite, comme s'il s'était mordu la joue. L'examen de la cavité buccale a permis de découvrir l'ulcération. Le Dr. MINDLER confie le malade au Dr. PONCET qui l'examine pour la première fois le 14 Janvier 1972, à la Fondation Curie.

Il existe des lésions évidentes de lichen plan buccal, intéressant la face interne de la joue des deux côtés.

Du côté droit, de plus, il existe une vaste ulcération située à la partie moyenne de la joue, en regard des deux premières molaires ; cette ulcération est située à la partie centrale de la zone de lichen.

Elle présente un fond rouge, des bords un peu blanchâtres, très légèrement éversés, avec à la palpation une infiltration sous-jacente qui ne dépasse pas l'ulcération.

Il semble exister un ganglion juxta-facial droit. Une biopsie est pratiquée. Le malade est traité dans le Service du Dr. ENNUYER par le Béta-tron. Début du traitement le 8 Février 1972.

L'examen histologique (N° 180.661) pratiqué par le Dr. COTON révèle :

- Face muqueuse de joue :

Epithélioma épidermoïde spino-cellulaire, très parakératosique, lobulé, dense, s'infiltrant sous une muqueuse leucoplasique.

Un mois après le début du traitement, le Dr. ENNUYER note, à l'examen endo-buccal, une épithéliite exsudative notable, étendue à la totalité de la face muqueuse de la joue droite, à la gencive supérieure, à la gencive inférieure, au sillon pelvi-lingual droit et même au bord droit de la langue.

L'infiltration tumorale persiste sous forme d'un nodule sous-muqueux mesurant environ 1,5 cm de diamètre.

- Une pigmentation brunâtre de la face cutanée de la joue.

- Pas d'adénopathie cervicale palpable.

Le 22 Mars 1972, en fin de traitement par Bêta-thérapie et télécobalt, le malade est vu par le Dr. BATAINI qui note :

Le traitement a été poursuivi malgré une épidermite exsudative importante.

Réactions muqueuses importantes, sous la forme d'une épithéliite exsudative qui recouvre toute la face muqueuse de la joue.

Disparition tardive, mais actuellement complète, de l'infiltration jugale.

Pas d'adénopathies.

Le malade a été traité par électrothérapie avec une dose tumorale de 7.740 rads, du 8 Février 1972 au 22 Mars 1972.

Le 26 Juin 1972, les réactions muqueuses n'ont pas encore complètement disparu au niveau de la face muqueuse et du sillon gingivo-jugal.

Il n'y a pas d'adénopathies.

Le 9 Octobre 1972 : on note un excellent état de la muqueuse jugale.

Le 15 Janvier 1973 : Etat inchangé de la face muqueuse de la joue qui est souple, mais oedématiée.

Le 12 Mars 1973 : Etat cicatriciel assez marqué de la face muqueuse de la joue. Pas de suspicion de reprise évolutive locale.

Le 29 Mai 1973 : On note un assez bon état de la face muqueuse de la joue droite, sans suspicion de reprise évolutive.

Sont à signaler d'importantes lésions leucoplasiques au niveau de toute la muqueuse jugale gauche et au niveau du dos de la langue. Il n'y a pas d'adénopathies.

Au cours des consultations successives, on constate un même aspect de la muqueuse.

Le 14 Janvier 1974 : on note un bon état de la face muqueuse de joue avec aspect cicatriciel assez marqué ;

un tractus fibreux juste en avant de la branche montante du maxillaire ;

la présence de télangiectasies de la face muqueuse de joue et de la fossette rétro-molaire.

Pas de suspicion de reprise évolutive locale, pas d'adénopathies.

Le 25 Février 1974, on note une fibrose importante de toute l'épaisseur de la joue, avec certains phénomènes inflammatoires surajoutés. Cependant, il n'y a pas de suspicion de reprise évolutive, pas d'adénopathies.

L'impression, en ce qui concerne ce malade, est satisfaisante à cette date.

QUATRIEME OBSERVATION

Monsieur D..., âgé de 32 ans, se savait porteur d'un lichen plan bilatéral semblant dater de quatre mois, traité par topiques locaux et corticoïdes.

Le dermatologue qui le suit trouve un aspect suspect et l'envoie à la Fondation Curie.

A l'examen endo-buccal pratiqué le 19 Octobre 1961, le Dr. BATAINI note :

A droite, lichen plan banal de la partie postérieure du sillon vestibulaire.

A gauche : Tumeur infiltrante de la partie la plus postérieure de la face muqueuse de la joue gauche, dont les limites sont les suivantes :

- En arrière : la tumeur s'étend à la fossette rétro-molaire ;
- En bas : elle atteint le fond du vestibule et mord même sur la partie postérieure de la gencive.
- En avant : l'infiltration ne reste distante que de 1,5 cm. de la commissure labiale.
- En haut : la tumeur reste distante du fond du sillon gingivo-labial d'un demi centimètre.

L'épaisseur des lésions peut être estimée à près de 2 cm au minimum, les lésions mesurant grossièrement près de 5 cm d'arrière en avant X 4 cm de haut en bas.

Ganglion sous-maxillaire banal de 1/2 cm.

Petit ganglion moyen, profond de 1/2 cm, à surveiller.

Le 23 Octobre 1961 : La biopsie de la tumeur, face interne de la joue gauche, donne les renseignements suivants :

Examen histologique (N° 1116.747) (Dr. GRI-COUROFF) :

Prélèvement lichen plan sous-jacent.

Epithélioma épidermoïde spino-cellulaire, formé de cordons anastomosés.

Le 3 Novembre 1961, débute le traitement par radio-cobalt. Le 9 Décembre 1961, fin du traitement de télécobalt Picker.

Distance Peau : 50 cm.

Champ jugal sous-maxillaire gauche : 7.475 r.

Au total : 7.400 r.

Etalement : 27 jours.

Dose tumorale : 63,75 r.

Huit jours après l'arrêt du traitement, le Dr. ENNUYER note :

Epithéliite en tache de bougie, limitée à la moitié postérieure de la face muqueuse de la joue gauche.

- Régression considérable de l'infiltration. Il persiste cependant, en regard de l'emplacement de la 2ème molaire et de la dernière molaire, sur

une longueur de 2,5 cm et sur une hauteur de 1 cm, une infiltration muqueuse et surtout sous-muqueuse, épaissie d'environ 0,5 cm en direction longitudinale, siégeant au voisinage immédiat du sillon jugo-maxillaire gauche.

- Un ganglion carotidien supérieur gauche, de consistance molle, mesurant 1,5 cm X 1 cm.

On envisage alors un complément par radium-puncture qui sera limité à l'infiltration du sillon maxillo-jugal inférieur gauche.

Le 30 Décembre 1961 : Radiumpuncture
(Dr. DULAC) :

Trois aiguilles horizontales :

- . 2 inférieures de 40,5 mm, charge 1 mgr, 60 Rd
 - . 1 supérieure de 35 mm, charge 1 mgr, 33 Rd
- et séparées de 12 mm environ.

Ces aiguilles buteront en arrière contre la branche montante.

Il n'y aura pas de fermeture postérieure qui se révèle difficile sinon impossible, mais une fermeture antérieure.

Par une aiguille de 35 mm, charge 1 mgr, 33 Rd.

Cette aiguille sera à environ 1,5 cm de la commissure.

Radiumpuncture à 10 h.30.

- 2 aiguilles de 40,5 mm - 1 mgr, 60 Rd -
Filtr. 0,5 mm. Pt.
- 2 aiguilles de 35 mm - 1 mgr., 33 Rd -
Filtr. 0,5 mm. Pt.

Selon le plan prévu, l'aiguille horizontale, la plus inférieure, était implantée dans le sillon

maxillo-lingual inférieur.

Ra. - DH. = 0,044 mcd.

Le 31 Décembre 1961, une radiographie de la bouche entrouverte dans la position d'irradiation est pratiquée.

Le Dr. ENNUYER et le Dr. DULAC sont, après calcul des doses, d'accord pour laisser les aiguilles 56 heures.

Le 1er Janvier 1962, à 18 h.30 : ablation des aiguilles par le Dr. DULAC.

La dose donnée du 30 Décembre 1961 au 1er Janvier 1962 (56 heures) = 2,464 mcd.

Le Dr. DULAC note un léger oedème de la joue.

Le 2 Janvier 1962, l'oedème a déjà régressé; le malade sort de l'hôpital.

Quinze jours plus tard, le Dr. ENNUYER note, à l'examen buccal, un aspect très satisfaisant, à la vue de la muqueuse jugale gauche qui est épaissie, mais souple au toucher. Aucune trace d'épithéliite.

Persistance, inchangée, du petit ganglion carotidien supérieur gauche, mesurant 1,5 cm de diamètre.

Etat très satisfaisant de la muqueuse jugale droite.

Le malade est suivi régulièrement tous les quinze jours, puis tous les mois ; on note une évolution favorable.

Le 28 Mars 1962 : l'état général est bon.

Aucune infiltration suspecte au niveau de la face muqueuse de la joue gauche.

La muqueuse est modifiée :

- Apparition précoce de télangiectasies.
- Taches blanchâtres déjà signalées à la partie la plus postérieure du sillon jugo-maxillaire.
- Minuscule esquille de 1 mm de diamètre siégeant à l'emplacement de la 2ème prémolaire.
- Le lichen jugal droit est réapparu.
- Un ganglion carotidien supérieur gauche est stationnaire ; il mesure à peine 1 cm de diamètre.

Le 15 Janvier 1963, alors que le malade, gardait un bon état général, pas de récurrence locale, les lésions de lichen de la joue droite, jusque là stationnaires, ont pris une extension importante depuis 15 jours. (Evolution consécutive à la survenue d'un décès dans la famille).

Le 22 Janvier 1964 : Excellent état de la muqueuse jugale sans aucun signe de récurrence.

Les séquelles muqueuses sont relativement peu importantes :

- plages d'achromies avec télangiectasies,
- pas d'adénopathie significative,
- meilleure impression quant au lichen de la face muqueuse de la joue droite.

Le patient est suivi régulièrement une fois par an. L'évolution est favorable.

Le 9 Février 1970 : Aucune récurrence locale au niveau de la face muqueuse de la joue gauche qui présente un aspect cicatriciel. Il persiste

un lichen important de la face muqueuse de la joue droite, ainsi que des lésions cutanées, en particulier au niveau des mains, des avant-bras et des jambes.

Le 10 Mai 1971 : A la suite d'un décès accidentel survenu dans sa famille, le patient présente une poussée importante de lichen.

Le 5 Juin 1972 : On note un état très satisfaisant de la face muqueuse de la joue à la vue et au toucher.

- Pas d'adénopathies.
- L'évolution est toujours satisfaisante.

o

o o

De ces observations, on peut retenir les éléments suivants :

- L'âge du malade :

Pour nos quatre malades, les âges extrêmes sont de 32 ans et 80 ans. Mais l'épithélioma apparaît dans les statistiques le plus souvent entre 60 et 70 ans.

- L'âge du lichen est très variable, de quelques années à plusieurs dizaines d'années.

En ce qui concerne nos patients, le lichen était connu depuis longtemps dans un cas sur quatre.

Pour la quatrième observation, l'évolution du lichen a eu lieu d'un seul tenant vers la dégénérescence maligne, le lichen plan semblant dater de quatre mois.

- Fréquence de dégénérescence :

L'évolution du lichen plan buccal vers l'épithélioma est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit. Il semble, d'après les auteurs, que la proportion de lichens qui dégénèrent se situe entre 5 et 10 %.

- Sexe :

Tous les auteurs pensent que les deux sexes sont également touchés.

- Causes favorisantes et signes accompagnateurs :

Tout le monde insiste sur le rôle des facteurs exogènes : médicaments (préparations à l'ar-

senic), Rayons X, arêtes de dents aiguës, prothèses dentaires. Ces arguments concordent avec les cas qui ont été observés.

= Pour la première observation :

Il s'agit d'un malade anxieux (terrain sur lequel se développe classiquement le lichen plan), assez indocile, quelque peu alcoolique.

Le lichen plan étant inconnu du patient, la lésion est en regard d'une première molaire couronnée. (On pourrait penser à l'électrogalvanisme évoqué par DECHAUME).

= Pour la deuxième observation :

Le lichen plan jugal bilatéral était connu de longue date ; aucun signe accompagnateur n'a été retrouvé :

- pas de signes psychiques,
- pas de notion de tabagisme,
- aucun facteur d'irritation de la muqueuse, d'origine dentaire ou prothétique.

= La troisième observation nous montre une dégénérescence chez un patient de 56 ans en l'absence de facteur d'irritation chronique.

Chez ces trois patients, le lichen plan est uniquement buccal ; il n'a pas été retrouvé de lésions cutanées.

= La quatrième observation nous apporte de nombreux renseignements.

- Il s'agit d'un malade très jeune, 32 ans.

- Le lichen plan bilatéral semble être d'apparition récente, puisque datant de quatre mois. Ceci nous amène à penser que le lichen plan de la muqueuse a un potentiel malin qui peut aussi, après une courte durée de maladie, dégénérer de façon maligne.

- En ce qui concerne le lichen, les modifications qu'il subit présentent un parallélisme avec l'état psychique du patient.

Alors que le lichen était stationnaire, nous assistons par deux fois à une extension importante, cette extension coïncidant avec des décès survenant dans la famille du patient.

Par ailleurs, nous assistons à la généralisation du lichen qui devient cutanéomuqueux (cette généralisation se produit 5 fois sur 10, d'après CERNEA et DUPERRAT).

o o

Ces quatre observations nous amènent à faire une revue des cas publiés. Nous reprendrons les statistiques publiées par SCHETTLER et ROBERG, de la Clinique de Dusseldörf en 1970.

ANNEE	AUTEURS	NOMBRE DE PATIENTS
1905	BETTMANN	1
1910	HALLOPEAU	1
1922	MIKULICZ und KÖNNEL	1
1924	WILLIGER	2
1929	MILIAN und FOUQUET	1

ANNEE	AUTEURS	NOMBRE DE PATIENTS
1929	MONTGOMERY und CULVER	1
1929	SEZARY (Zit. nach MILIAN)	1
1931	SAAD	1
1937	NOGUER MORE	1
1937	WATRIN	1
1937	SIMON	1
1937	McKEE und CIPOLLARO	1
1939	SCHUERMANN	3
1939	WRIGHT	1
1940	HAMPEL	1
1947	BARKER	1
1947	MILLER	1
1950	GOUGEROT, CARTEAUD und DEGOS	2
1950	CARTEAUD und STIEGLER	1
1950	LANDES	1
1950	PEKIN, DUCOURTIOUX und KRITNER	1
1951	LYELL und WHITTLE	1
1951	MARSHALL	1
1953	LATTES und MITARB	4
1953	WILSON	1
1954	GOTTRON	2
1955	HANSEN	1
1958	BRENNAN und TEPLITZ	1
1958	LYNCH	1
1959	SUGAR und BANOCZY	1

ANNEE	AUTEURS	NOMBRE DE PATIENTS
1960	WARIN	5
1960	DECHAUME und PAYEN	5
1960	JANSEN und GROOTHUIS	1
1960	KOCHS	1
1961	ALTMAN und PERRY	1
1961	CHAPUIS und MICHIELS	1
1961	BREZHEN Ko	2
1963	LOFGREN	1
1963	DEPAOLI	1
1964	HORN	5
1965	DESBROSSES und LOISEAU	1
1965	KOBERG, SCHETTLER und SELLE	2
1966	JOHANSEN	1
1966	ROHDE	6
1967	JANNER und MITARB	6
1968	ABRAMOVA	5
1970	SCHETTLER und KOBERG	3
		85

Nous ajoutons à ces statistiques :

1967	LABAYLE, LEGENT, BISMUTH	2 cas
1969	LAUFER et KUFER	70 cas
1971	CERNEA, GUILBERT, KUFFER	40 cas
1971	OPPER BECK	3 cas

PRONOSTIC

Ces quatre nouvelles observations nous amènent à considérer le problème pronostique, celui du lichen plan, celui des épithéliomas apparus au cours du lichen plan.

I - PRONOSTIC DU LICHEN.

Dans la grande majorité des cas, le lichen plan de la muqueuse buccale est une maladie bénigne pour laquelle une guérison rapide est possible.

L'évolution est lente, échelonnée sur des mois ou des années.

Tantôt il reste stable, tantôt s'étend très lentement.

Spontanément, il peut guérir, mais peut également récidiver après une extinction de plusieurs années.

Mais le lichen plan donne lieu à des erreurs de diagnostic. Ainsi, KOBERG et son équipe (Clinique de Düsseldorf) conseillent de s'assurer de la nature de l'atteinte des muqueuses par un prélèvement histologique. Le diagnostic assuré, ils considèrent qu'en l'absence de douleurs, une surveillance du lichen plan est satisfaisante par des contrôles poursuivis continuellement.

Les facteurs de renforcement de la surveillance semblent être : des règles d'hygiène :

- suppression du café, du thé, de l'alcool, des épices,
- suppression des foyers d'infection,
- vie calme.

II - PRONOSTIC DE L'EPITHELIOMA.

Le lichen plan de la muqueuse buccale a un potentiel malin qui peut aussi, après une courte durée d'évolution, dégénérer de façon maligne (Obs. N° 4).

Dans la majorité des cas, la dégénérescence a lieu pendant la 5ème ou 7ème décennie de la vie, indépendamment du moment où le lichen était apparu. Ceci souligne la nécessité de contrôles routiniers de la muqueuse buccale pour tous les patients d'un âge avancé.

Cette dégénérescence s'accompagne d'une symptomatologie discrète.

Les douleurs sont discrètes, simple gêne, plus rarement douleurs aiguës rendant l'examen endobuccal pénible.

L'état général du patient est longtemps conservé.

Cet épithélioma est grave :

- de par sa localisation rendant difficile la thérapeutique,
- par son évolution rapide,
- par ses récurrences.

L'envahissement ganglionnaire se résume à l'atteinte de peu de ganglions quand il est réalisé.

Parmi nos patients, pour les formes traitées, nous avons eu deux cas de récurrence (Obs. 1 et Obs. 2).

Pour un cas (Obs. N° 4), nous avons un recul de 12 ans ; le patient se porte bien ; au point de vue local, il n'y a pas de récurrences.

En ce qui concerne les trois autres patients, les résultats immédiats étaient satisfaisants pour l'un d'entre eux (Obs. N° 3) et, après un recul de 3 ans, il n'y a pas de suspicion de récurrence.

Le patient âgé de 80 ans est décédé deux ans plus tard.

Pour le quatrième patient (Obs. N° 1), l'évolution nous conduit à une grande prudence pronostique.

T R A I T E M E N T

En l'absence de douleurs, le lichen plan n'a pas besoin d'être traité.

En ce qui concerne l'épithélioma apparu sur le lichen plan buccal, les attitudes sont différentes selon les auteurs.

1°)- Pour les Allemands, KOBERG et ses collaborateurs (Clinique de Düsseldorf), la thérapeutique chirurgicale reste la méthode de choix si l'on soupçonne une dégénérescence maligne particulièrement indiquée par REHRMANN et PAPE (1966).

Pour ces auteurs, le traitement par radiothérapie et chimiothérapie ne donne que rarement de bons résultats.

Ils ne sont justifiés que lorsque le traitement chirurgical est impossible à cause de l'atteinte de toute la muqueuse buccale qui aboutirait à une trop grande mutilation.

2°)- Pour le Professeur CERNEA :

- L'électrocoagulation en cas de tumeur infiltrante.

- Pas de curage ganglionnaire systématique si les territoires cervicaux ne paraissent pas envahis.

- Devant une tumeur de petit volume :
exérèse au bistouri à lame suivie de suture.

- En cas de tumeur étalée en surface
ou d'aspect d'épithélioma in situ pour lequel il
faut enlever largement la muqueuse pathologique
voisine.

- Excisions en surface, relativement
superficielles, suivies de greffes épidermiques
minces.

Pour la plupart des auteurs, et c'est l'attitude adoptée à la Fondation Curie, ces malades sont traités par radiumpuncture et curage ganglionnaire pour la langue.

Dans les cas particuliers de face interne de joue, radiumpuncture et bêtathérapie.

CONCLUSION

Il était classiquement admis que le lichen plan était et demeurerait une affection bénigne.

Mais les publications apparues ces dernières années semblent montrer que, si le lichen plan buccal était, dans de nombreux cas, une affection bénigne, il pouvait néanmoins dégénérer.

L'adage de DARIER : "Le lichen plan ne dégénère jamais" doit donc être repensé. La fréquence de cette dégénérescence se situe, d'après les nombreuses statistiques, entre 1,1 % et 10 %.

Les conditions de survenue de ce cancer sont variables :

- Tantôt il s'agit d'un lichen ancien qui subit des remaniements et qui dégénère.

- Tantôt le lichen est d'apparition récente, évoluant d'un seul tenant vers la malignité.

Enfin, ces épithéliomas développés sur lichen paraissent doués d'un potentiel évolutif marqué ; les récurrences ne sont pas rares.

En ce qui concerne nos patients, le recul dont nous disposons est insuffisant ; le but essentiel de cette publication est de montrer que le

lichen plan buccal peut dégénérer.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Xavier-Bichat,

J. BAUMANN

Le Président de la thèse,

P. PIALOUX

BIBLIOGRAPHIE

BENOIST Michel - Lichen plan et cancer.-
Thèse Paris, 1953.

CERNEA P., GUILBERT F., KUFFER R.- Epithéliomas
évoluant sur lichen plan buccal. Quarante
nouvelles observations.
Journal Français d'O.R.L., Volume XX, N° 9,
Lyon, Novembre 1971.

HALLOPEAU H.- Sur un lichen de Wilson gingival avec
néoplasie voisine dans la région maxillaire.
Bulletin Société Française Syphiligraphie,
1920.

HUYNH VAN CHAN - Thèse Médecine Paris, 1967.

KOBERG W., SCHETTLER, SELLE G.- Zur Frage der
Karzinomentstehung duf dem Boven lines
Lichen ruler planes der Mundschleimhaut.
München Med. Wschr. 1935.

LABAYLE J., LEGER T., BISMUTH - Lichen plan buccal;
deux observations de dégénérescence.
Annales O.R.L., 1967.

LATTE S., VRASSE, CERNEA, VIGNEUL - Lichen plan
buccal et cancer.- Revue Stomato. 1939, 40.

FAUFER J., KUFFER R.- Le lichen plan buccal.- Rap-

port au XXIème Congrès français de Stomatologie (Paris, Octobre 1969), 1 vol., 140 p., Masson et Cie, Paris, 1970.

LONGEAUD, DESBROSSES, LOISEAU G.- Dégénérescence maligne d'un lichen plan buccal.- Annales O.R.L., Paris, 1965.

OPPERBECK J.- Mundhöhlen Karzinoma duf dem Borden eines lichen ruber Planus.- Zeitschrift L.R.O., Stuttgart, Juin 1971.

PIRIOU J.- Lichen plan buccal.
Thèse Médecine, Paris, 1957.

SCHETTLER, KOBERG W.- Lichen ruber planus der Mundschleiphaut mit maligner Entartung.
Zentralblatt für Chirurgie, 1970.

TREYSSAC - A propos d'un lichen plan.
Revue Française d'Odonto-Stomatologie, 1966.
